

**UPAYA PENGENALAN MASALAH KESEHATAN PADA
KELUARGA Ny. S KHUSUSNYA An. Z DENGAN STATUS
GIZI KURANG DI KABUPATEN SUKOHARJO**



**Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan Program Studi Diploma III
pada Jurusan Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan**

Oleh:

ROZI AGUSTIAWAN

J200130021

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA**

2016

HALAMAN PERSETUJUAN

**UPAYA PENGENALAN MASALAH KESEHATAN PADA KELUARGA
Ny. S KHUSUSNYA An. Z DENGAN STATUS GIZI KURANG DI
KABUPATEN SUKOHARJO**

PUBLIKASI ILMIAH

Oleh :

ROZI AGUSTIAWAN

J200130021

Telah diperiksa dan disetujui untuk diuji oleh

Dosen Pembimbing



H.M. ABI MUHLISIN, SKM., M.Kep.

NIK : 629

HALAMAN PENGESAHAN
UPAYA PENGENALAN MASALAH KESEHATAN PADA KELUARGA Ny. S
KHUSUSNYA An. Z DENGAN STATUS GIZI KURANG DI KABUPATEN
SUKOHARJO

OLEH:

ROZI AGUSTIAWAN

J200130021

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Surakarta
Pada hari Senin, 25 Juli 2016
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Dewan Penguji:

1. H.M. Abi Muhlisin, SKM., M.Kep. (.....)
(Ketua Dewan Penguji)
2. Supratman Ph.D (.....)
(Anggota I Dewan Penguji)

Dekan,



Dr. Suwaji, M.Kes

NIP. 195311231983031002

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam studi kasus karya tulis ilmiah ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar diploma di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan orang lain, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila kelak terbukti ada ketidakbenaran dalam pernyataan saya di atas, maka akan saya pertanggungjawabkan sepenuhnya.

Surakarta, 25 Juli 2016

Penulis



ROZI AGUSTIAWAN

J200130 021

**UPAYA PENGENALAN MASALAH KESEHATAN PADA
KELUARGA Ny. S KHUSUSNYA An. Z DENGAN STATUS GIZI
KURANG DI KABUPATEN SUKOHARJO**

Abstrak

Kekurangan nutrisi di seluruh dunia merupakan salah satu penyebab kematian pada anak usia dibawah 5 tahun yang dikarenakan kekurangan nutrisi, energi dan protein yang merupakan sumber energi utama pada manusia dalam hal ini anak dibawah usia 5 tahun.

Metode : Karya Tulis Ilmiah ini penulis susun menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus yaitu metode ilmiah yang bersifat mengumpulkan data, menganalisis data dan menarik kesimpulan data.

Hasil : Dari hasil asuhan keperawatan ditemukan hasil bahwa keluarga Ny. S keterbatasan pengetahuan mengenai masalah kesehatan yang terjadi pada An. Z sehingga menyebabkan An. Z mengalami kekurangan nutrisi kurang dari -3,3 berdasarkan kurva WHO pada tahun 2006 sehingga dalam hal ini penulis sebagai perawat memberikan asuhan keperawatan berupa pendidikan kesehatan mengenai pemberian nutrisi seimbang pada anak seusia An. Z

Kesimpulan : Keluarga merupakan pusat pelayanan kesehatan secara total, karena jika salah satu anggota keluarga mengalami masalah kesehatan maka akan berpengaruh pada sistem anggota keluarga tersebut, asuhan keperawatan keluarga dilakukan dengan proses pendekatan keperawatan keluarga.

Kata kunci : Kekurangan Nutrisi, Keterbatasan Pengetahuan, Pendidikan Kesehatan, Nutrisi Seimbang.

Abstract

Nutritional deficiency worldwide is one cause of death in children under 5 years of age due to a lack of nutrients, energy and protein which is the main energy source in humans in this case children under the age of 5 years.

Methods : Essay writer stacking using descriptive method with case study approach that the scientific method is to collect data, analyze the data and draw conclusions data.

Results : From the results of nursing care found that output in Mrs. S lack of knowledge about the health problems that occur in Child. Z causing An. Z deficiency in nutrition less than -3.3 curve by WHO in 2006 so that in this case the author as nurses provide nursing care in the form of health education regarding balanced nutrition in a child's age Child. Z.

Conclusion : The family is the center of health care in total, because if one of the family members have health problems it will affect the system of the family members, family nursing care done by the family nursing approach.

Keywords : Lack of Nutrition, Limitations of Science, Health Education, Balanced Nutrition.

1. **PENDAHULUAN**

Pemantauan Status Gizi (PSG) 2015 oleh DEPKES RI menunjukkan hasil yang lebih baik dari tahun sebelumnya. Persentase balita dengan gizi buruk dan sangat pendek mengalami penurunan. PSG 2015 menyebut 3,8% Balita mengalami gizi buruk. Angka ini turun dari tahun sebelumnya yakni 4,7%, Berikut adalah Hasil PSG 2015, antara lain:

- Status Gizi Balita menurut Indeks Berat Badan per Usia (BB/U), didapatkan hasil: 79,7% gizi baik; 14,9% gizi kurang; 3,8% gizi buruk, dan 1,5% gizi lebih.
- Status Gizi Balita Menurut Indeks Tinggi Badan per Usia (TB/U), didapatkan hasil: 71% ormal dan 29,9% Balita pendek dan sangat pendek.
- Status Gizi Balita Menurut Index Berat Badan per Tinggi Badan (BB/TB), didapatkan hasil,: 82,7% Normal, 8,2% kurus, 5,3% gemuk, dan 3,7% sangat kurus.L Dari 496 Kab/kota yang dianalisis, sebanyak 404 Kab/Kota. Pravalensi kejadian gizi kurang di Dinas KesehatanKabupaten Sukoharjo, Kecamatan Sukoharjo tercatat selama tahun 2011 terdapat 147 balita yang mengalami gizi kurang dari 1.597 balitayang ada di wilayah kerja Dinas Kesehatan

Kabupaten Sukoharjo.

Kekurangan asupan makanan membuat daya tahan tubuh sangat lemah, memudahkan terkena penyakit infeksi, ditambah dengan kondisi sanitasi lingkungan yang buruk, sehingga menyebabkan gizi kurang (Depkes RI, 2005).

Sedangkan Provinsi Jawa tengah menyumbang angka gizi buruk tertinggi dalam skala nasional, yaitu dengan 10.376 kasus, meski akhirnya pada tahun 2011 angka tersebut dapat ditekan hingga 3.187 kasus (Gizinet, 2012 dalam Rahmadani, 2013).

Di seluruh Dunia, Malnutrisi Energi-Protein (MEP) merupakan penyebab utama kematian pada anak usia kurang dari 5 tahun. MEP adalah spektrum kondisi disebabkan oleh defisiensi protein dan kalori dalam berbagai derajat. Malnutrisi Energi-Protein primer dapat disebabkan oleh faktor sosial atau ekonomi yang mengakibatkan kekurangan makanan. Malnutrisi Energi-Protein sekunder terjadi pada anak dengan berbagai kondisi yang terkait dengan peningkatan kebutuhan kalori (Infeksi, Trauma, Kanker), kehilangan kalori yang meningkat (Malabsorpsi), asupan kalori yang berkurang (Anoreksia, Kanker, Restriksi asupan oral, Faktor sosial), atau kombinasi ketiga variabel tersebut (Barlow SE, 2007).

Pengetahuan gizi yang baik akan menyebabkan seseorang mampu menyusun menu yang baik untuk dikonsumsi, tingkat pengetahuan gizi seseorang yang baik, maka akan memperhitungkan diperolehnya untuk dikonsumsi (Sediaoetama, 2006).

Tujuan penulis mengangkat kasus ini dalam karya tulis ilmiah publikasi ini ialah untuk mengenalkan pada masyarakat khususnya ibu-ibu yang mempunyai anak yang rentan terkena masalah kekurangan nutrisi agar selalu memperhatikan asupan nutrisi anaknya, dikarenakan nutrisi adalah salah satu komponen yang dibutuhkan tubuh manusia khususnya dalam hal ini anak-anak untuk pembentukan energi, mempertahankan kesehatan, pertumbuhan dan berlangsungnya fungsi normal setiap organ baik antara asupan nutrisi dengan kebutuhan nutrisinya.

2. METODE

Karya Tulis Ilmiah ini penulis susun menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus yaitu metode ilmiah yang bersifat mengumpulkan data, menganalisis data dan menarik kesimpulan data. Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini mengambil kasus di lingkup wilayah DKK Sukoharjo di Desa Cembongan pada tanggal 29 Maret 2016 – 2 April 2016. Dalam memperoleh data penulis menggunakan beberapa cara di antaranya sebagai berikut: wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi dari jurnal maupun buku. Didukung dengan hasil jurnal-jurnal yang mempunyai tema yang berkaitan dengan pemberian asuhan keperawatan yang dilakukan penulis.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 PENGKAJIAN

Pengkajian adalah suatu tahapan dimana seorang perawat mengambil informasi secara terus menerus terhadap anggota keluarga yang dibinanya (Muhlisin, 2012).

Pengkajian keperawatan merupakan proses keperawatan yang meliputi usaha untuk mengetahui permasalahan klien yaitu pengumpulan data tentang status kesehatan klien secara sistematis, akurat, menyeluruh, singkat, dan berkesinambungan yang dilakukan perawat. Komponen dari pengkajian keperawatan meliputi anamnesa, pemeriksaan kesehatan, pengkajian pemeriksaan diagnostic serta pengkajian penatalaksanaan medis. Dalam pengkajian keperawatan memerlukan keahlian dalam melakukan komunikasi, wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik (Muttaqin 2008).

Desa Cembongan, RT. 2, RW. 3, Sukoharjo terdapat sebuah keluarga dengan kepala keluarga bernama Ny. A (red:nenek) berusia 65 tahun yang bekerja sebagai karyawan swasta, Ny. A tinggal bersama dengan anaknya Ny. S dan cucunya An. Z. Tipe keluarga pada keluarga Ny. A ialah multigenerational family yaitu keluarga dengan beberapa generasi atau kelompok umur yang tinggal bersama dalam satu rumah. Keluarga Ny. A berasal dari suku Jawa yang dalam kehidupan sehari-harinya cenderung mengikuti adat Jawa dengan tetap memegang

teguh keyakinan agamanya yang beragama islam yang taat yang selalu menjalankan ibadah shalat 5 waktu dan tidak ada kebiasaanya yang bertentangan dengan agamanya. Status sosial Ny. A mengatakan berpenghasilan +- Rp. 500.000,-/bulan hanya cukup untuk memnuhi kebutuhan keluarga dan tidak dapat menyisihkan apabila ada anggota keluarganya yang sakit. Aktifitas rekreasi keluarga sehari-hari keluarga biasanya bersantai dengan menonton TV di rumah, sedangkan rekreasi bersama keluarga diluar rumah jarang dilakukan karena bagi Ny. A biaya lebih baik dipergunakan untuk kebutuhan hidup sehari-hari.

Tahap perkembangan keluarga saat ini berada pada tahap III yaitu keluarga dengan anak Pre-Sekolah, sedangkan tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi sudah tidak ada, karena keluarga sudah memenuhi tugas-tugas dan kebutuhan anggota keluarga seperti, tempat tinggal, privasi dan rasa nyaman, dan membantu anak untuk bersosialisai. Pada bagian riwayat keluarga inti Ny. A mengatakan belum pernah sakit serius, paling pusing, batuk, pilek karena kecapekan setelah seharian bekerja, sedangkan anaknya Ny. S mengatakan belum pernah sakit serius, paling pusing karena kurang istirahat setelah bekerja, dan cucunya An. Z sebelumnya pernah terkena penyakit tifus dan dibawa ke klinik bidan desa akibat kotor-kotoran saat main dan makanan yang kurang bergizi. Riwayat keluarga sebelumnya tidak ada riwayat keturunan seperti asm dan diabetes melitus pada orang tua Ny. A.

Karakteristik rumah keluarga Ny. A adalah bangunan tembok permanen hasil dari bantuan program pemerintah dengan luas bangunan 6 x 6 denan 2 kamar, tidur 1 ruang utama, 1 dapur dan teras dengan sarana kesehatan lingkungan berupa, sumur gali dengan kondisi tidak bau dan tidak berasa, septictank dengan kondisi bersih dan angsa lotrin yang merupakan tumpangan dari tetangga, tempat sampah tidak ada jikalau membuang sampah keluarga Ny. A membuangnya di belakang rumah, ventilasi dan pencahayaan ada di ruang tengah dan pencahayaan di siang hari di ruang utama dan kamar tidur cukup melalui genteng kaca dan untuk malam hari menggunakan lampu listrik. Karakteristik tetangga dan komunitas di lingkungan Ny. A tidak padat, cukup rapi dan asri karena masih banyak pepohonan didepan rumah, umumnya tetangga di

lingkungan Ny. A berasal dari suku Jawa, keluarga selalu aktif didalam kegiatan antar warga, dan hubungan antar keluarga dan warga disekitarpun baik. Mobilitas geografis keluarga sudah tinggal di lingkungan komunitas sejak setelah Ny. A menikah, Ny. A paling sering keluar rumah saat bekerja, pagi jam 08.00 WIB – 16.00 WIB dan anaknya Ny. S hanya berada di rumah mengasuh dan merawat An. Z. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat sangat aktif, Ny. S dan Ny. A aktif di PKK mereka termasuk yang mampu berbaur dengan lingkungannya. Sistem pendukung keluarga Ny. A selalu berkomunikasi dengan keluarga, setiap ada masalah selalu dikomunikasikan bersama.

Pola komunikasi keluarga selalu terbuka di setiap komunikasi jelas dan secara langsung, setiap ada masalah selalu dimusyawarahkan. Struktur kekuatan keluarga paling sering dengan afektif power, dimana lebih menekankan kasih sayang dan saling tolong menolong. Struktur peran masing-masing anggota keluarga melaksanakan peran masing-masing. Ny. A mencari nafkah dan juga membantu mendidik cucunya An. Z, sedangkan mencari nafkah juga mendidik anaknya An. Z di rumah serta membantu memelihara rumah dan membersihkannya. Nilai dan norma keluarga yang di anut adalah keterbukaan dan harus melaksanakan ibadah sesuai dengan waktunya, ada perbedaan didalam mengkonsumsi makanan berdasarkan agama yang Ny. A anut, dan diusahakan selalu makan bersama.

Fungsi afektif keluarga telah menjalankan fungsi kasih sayang dengan baik walaupun terkadang terdapat sedikit masalah dalam sikap dan sifat setiap anggota keluarganya. Fungsi sosialisai keluarga aktif bersosialisai dengan tetangga, begitu juga dengan anaknya Ny. S dan cucunya An. Z, asalkan tugas dilaksanakan dengan baik. Fungsi perawatan keluarga Ny. S saat ini sedang berjuang untuk kesembuhan An. Z didalam pemenuhan nutrisinya yang oleh bidan desa An. Z divonis terkena gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan.

Keluarga Ny. A mengetahui jikalau rumah yang saat ini ditempati sebenarnya sudah tidak layak huni akan tetapi jikalau ingin merenovasi rumah kembali untuk biaya hidup sehari-hari sajan keluarga Ny. A masih terkendala, sedangkan didalam mengambil keputusan didalam merubah kondisi kesehatan

An. Z masih sulit akan tetapi keluarga Ny. A tahu akibatnya untuk itu keluarga Ny. A berusaha merawatnya agar tidak semakin parah.

Keluarga Ny. A sudah berusaha memenuhi kebutuhan gizi lengkap pada setiap anggota keluarga akan tetapi tidak bisa dilakukan setiap hari, sedangkan keputusan yang diambil untuk terus memenuhi kebutuhan gizi pada setiap anggota keluarga khususnya An. Z tapi masih sulit untuk memulihkan kondisi kurang gizi yang An. Z alami.

Stress jangka pendek yang dialami oleh keluarga Ny. A dikarenakan khawatir akan keadaan kesehatan An. Z, Ny. S sebagai ibu kandung An. Z selalu berusaha agar anaknya bisa segera sembuh total dan berkembang seperti anak normal pada umumnya. Sedangkan stress jangka panjang keluarga dikarenakan takut apabila An. Z dikucilkan dari lingkungan sekitarnya karena perkembangan tubuhnya yang lambat, kemampuan keluarga Ny. A didalam merespon situasi tersebut ialah dengan mencoba selalu tenang jika ada masalah lain selalu coba untuk dibicarakan bersama untuk mencari jalan keluarnya dan menyerahkannya kepada Allah SWT, untuk selalu beradaptasi disfungsi seperti marah dengan selalu mencoba untuk tenang dan mendiskusikannya bersama anggota keluarganya.

Ny. A sebagai kepala keluarga selalu berharap anggota keluarganya selalu sehat dan berharap untuk An. Z bisa kembali normal dan berkembang dengan baik sesuai dengan perkembangan anak di usianya sehingga nanti bisa sekolah setinggi mungkin.

3.2 ANALISA DATA DAN DIAGNOSA KEPERAWATAN

Penulis dalam paragraf ini akan menguraikan mengenai hasil yang telah didapatkan selama pengkajian analisa data yang didapatkan dalam keluarga Ny. A dengan masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari pada An. Z kemudian menentukan diagnosa keperawatan sesuai dengan hasil daripada penganalisaan data yang didapatkan.

Diagnosa keperawatan dirumuskan berdasarkan data yang didapatkan pada pengkajian yang terdiri dari masalah keperawatan (Problem/P) yang berkenaan

pada individu dalam yang sakit berhubungan dengan (Etiologi/E) yang berasal dari fungsi perawatan keluarga. (Muhlisin, 2012) maupun social yang sanggup untuk mengatasi masalah (Friedman, 2010).

3.2.1 ANALISA DATA I

Dari data objektif didapatkan bahwa badan An. Z nampak kurus, perut cekung dan rewel dari hasil pengukuran di dapatkan berat badan 12 Kg, lingkaran lengan atas 14 Cm, lingkaran kepala 14 Cm, lingkaran dada 47 Cm, dari hasil pengukuran tersebut An.Z berada pada score kurang berat badan per-usia dibawah garis normal yaitu -3,3. (Kurva WHO, 2006). Sementara itu dari hasil data subjektif didapatkan hasil Ny. S mengatakan bahwa An. Z sewaktu sakit sulit makan sedangkan ketika sakit Ny. S tidak mengetahui penyebabnya dan hanya menerka-nerka karena tidak membawa An. Z ke pusat kesehatan masyarakat terdekat dan terkadang membeli obat di warung untuk mengobati penyakit An. Z, Ny. S juga mengatakan bahwa tidak mampu membawa An. Z ke bidan desa karena ketidakmampuan biaya hal tersebut terkait Ny. S mengatakan setelah tidak terdaftar dalam posyandu jarang dan hampir tidak pernah sama sekali ke bidan desa sehingga berat badan daripada An. Z pun Ny. S tidak mengetahuinya.

3.2.2 ANALISA DATA II

Dari data objektif didapatkan hasil bahwa Ny. S nampak kebingungan dan setelah pemeriksaan berdasarkan data di buku Kartu Menuju Sehat (KMS) nya masih ada imunisasi yang belum terpenuhi. Dari Hasil data subjektif didapatkan hasil bahwa Ny. S mengatakan sudah tidak menyusui dan anaknya tidak mau meminum susu formula setelahnya dan Ny. S juga jarang membawa anaknya ke pusat kesehatan terdekat untuk menanyakan perihal tersebut, Ny. S mengatakan tidak harus berbuat apalagi, mengenai kurangnya imunisasi yang tertera di buku Kartu Menuju Sehat (KMS) nya Ny. Mengatakan bahwa An. Z hanya di imunisasi ketika

lahir saja dikarenakan Ny. S bingung dan tidak mengerti mengenai apa itu imunisasi dan manfaatnya bagi An. Z.

3.2.3 DIAGNOSA KEPERAWATAN SEMENTARA

Dari hasil pengkajian dan analisa data yang didapatkan pada pengkajian yang terdiri dari masalah keperawatan (Problem/P) yang berkenaan pada individu dalam yang sakit berhubungan dengan (Etiologi/E) yang berasal dari fungsi perawatan keluarga. (Muhlisin, 2012) maupun social yang sanggup untuk mengatasi masalah (Friedman, 2010). penulis menyimpulkan bahwa diagnosa keperawatan sementara yang tepat bagi An. Z ialah sebagai berikut :

✓ **ANALISA DATA I :**

Ketidakseimbangan pertumbuhan pada An. Z berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah khususnya gizi kurang.

✓ **ANALISA DATA II :**

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan pada An. Z berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan khususnya gizi kurang.

3.2.4 DIAGNOSA KEPERAWATAN PRIORITAS

Berdasarkan masalah keperawatan serta hubungannya dengan penyebab fungsi keperawatan keluarga yang lebih spesifik penulis dalam hal ini mengangkat diagnosa “*Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan pada An. Z berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan khususnya gizi kurang*” sebagai diagnosa keperawatan prioritas dalam kasus gizi kurang yang dialami keluarga Ny. A khususnya An. Z.

3.3 PERENCANAAN

Perencanaan adalah sekumpulan tindakan yang dikumpulkan oleh perawat

dan dilaksanakan guna memecahkan masalah kesehatan dan masalah keperawatan yang diidentifikasi (Muhlisin, 2012).

Berdasarkan diagnosa prioritas yang penulis angkat yaitu ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan pada An. Z berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan khususnya gizi kurang, tujuan dari penegakan diagnosa tersebut adalah untuk mengenalkan mengenai masalah kesehatan khususnya gizi kurang pada keluarga Ny. S agar kebutuhan nutrisi kurang dari yang dialami An. Z dapat segera terpenuhi.

Tujuan panjang dari diagnosa dengan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan pada An. Z berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan khususnya gizi kurang, yaitu diharapkan setelah dilakukannya perawatan selama tujuh hari keluarga dapat mengenali masalah kesehatan terhadap anggota keluarganya, kemudian tujuan pendek dari setelah empat kali kunjungan keluarga mampu mengenali masalah kesehatan yang terjadi serta memahami tentang penyakit kekurangan nutrisi dan cara penanganannya.

Kriteria evaluasi yang diharapkan adalah respon dan psikomotor keluarga mengenai kemampuan keluarga mengenali masalah kesehatan khususnya gizi kurang dengan standar evaluasi yang diharapkan keluarga dapat memahami pengertian mengenai nutrisi kebutuhan, akibat, tanda gejala, faktor yang mempengaruhi serta cara pencegahannya, standar evaluasi keseluruhan pada intinya adalah keluarga dapat mengenali masalah kesehatan yang terjadi khususnya gizi kurang.

Intervensi yang nantinya akan diterapkan pada implementasi berdasarkan pengakuan diagnosa keperawatan yang telah ada yaitu menjelaskan dan mendiskusikan tentang kekurangan nutrisi, memberikan pengertian mengenai tanda dan gejala yang terjadi serta faktor yang mempengaruhi dan cara pencegahannya, intervensi umumnya ialah melakukan pengukuran pada An. Z dan menjelaskan mengenai gizi kurang dan mendemostrasikan cara pembuatan daftar menu makanan yang sesuai dengan kebutuhan tubuh An. Z di usiannya serta memotivasi keluarga untuk membawa An. Z ke pelayanan kesehatan terdekat.

3.4 IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

Implementasi adalah tindakan yang dilakukan oleh perawat kepada keluarga berdasarkan perencanaan yang mengacu pada diagnosa yang telah ditegakkan dan dibuat sebelumnya (Abi Muhlisin, 2012), sedangkan evaluasi dilakukan sesuai dengan rencana tindakan yang telah diberikan, dilakukan penilaian untuk melihat keberhasilannya, evaluasi disusun dengan menggunakan SOAP secara operasional (Abi Muhlisin, 2012).

Penulis melakukan implementasi keperawatan pada keluarga Ny. S khususnya An. Z pada tanggal 30 Maret 2016 – 2 April 2016. Pada saat melakukan implementasi keperawatan, penulis tidak melakukan implementasi 24 jam penuh, tapi setiap kunjungan penulis melakukan selama +- 30 menit sebanyak 4 kali kunjungan.

Berdasarkan diagnosa yang di prioritaskan yaitu *“Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari pada An. Z berhubungan denganketidakmampuan keluarga mengenal masalahkhususnya gizi kurang”* dan perencanaan yang sudah penulis cantumkan maka di kunjungan pertama pada tanggal 30 maret 2016 penulis melakukan tahappengkajian pertama dan pengenalan antara penulis dengan keluarga Ny. A didapatkan hasil evluasi berupa data subjektif Ny. A mengatakan senang sekali dengan kedatangan saya (red:Penulis), dari data objektifnya aenyum bahagia terpancar dari raut wajah anggota keluarga Ny. A akan tetapi assesment berdasarkan diagnosa yang di prioritaskan belum ditemukan dan dilakukan perencanaan lanjutan. Pada tanggal 31 maret penulis melakukan implementasi tahap ke dua dengan berdiskusi mengenai menu makanan dan jadwal pemberian makan kepada anggota keluarga Ny. A khususnya An. Z dan menganjurka kepada Ny. S untuk mengganti menu makanan dan mempercantik makanan untuk menambahb nafsu makan anggota keluarga Ny. A khususnya pada An. Z, dari hasil evaluasi sementara yang penulis dapatkan berupa data subjektif Ny. S mengatakan akan membuat jadwal makanan untuk An. Z berdasarkan kemampuannya, data objektifnya didapatkan penulis mengajarkan Ny. S membuat daftar menu makanan khusus untuk An. Z, assesment diagnosa yang di prioritaskan didapatkan bahwa sebagian masalah teratasi dan intervensi di

lanjutan. Pada tanggal 1 maret 2016 penulis melanjutkan implementasi tahap ke tiga dengan menanyakan apakah Ny. S telah menjalankandaftar menu makanan sesuai yang di anjurkan penulis dan berdiskusi kembali mengenai menu makanan lanjutan berdasarkan jadwal pemberian makan pada An. Z yang telah dilakukan oleh Ny. S, dari implementasi lanjutan yang dilakuk penulis didapatkan hasil evaluasi berupa data subjektif dimana Ny. S mengatakan telah melakukan pemberian makan pada An. Z sesuai daftar menu dan jadwal makannya, hasil data objektifnya yaitu anjuran penulis telah dilakukan oleh Ny. S sedangkan assesmentnya masalah telah teratasi dan perencanaanya penulis berharap Ny. S mempertahankan apa saja yang telah penulis ajarkan agar pemenuhan nutrisi pada An. Z yang mengalami masalah gizi kurang dapat segera sembuh. Pada tanggal 2 maret 2016 penulis melakukan implemntasi lanjutan untuk mengukur berat badan (BB), lingkak kepala (LK), tinggi badan (TB), lingkak lengan atas (LLA) dan lingkak dada (LD) hasilnya berupa data subjektif Ny. S menanyakan “berapa mas ?” kepada penulis kemudian data ojektif nya didapatkan TB 88 centimeter, BB 13 kilogram LLA 14 centimeter, LK 47 centimeter, dan LD 47 centimeter, assesment berdasarkan diagnosa yang diprioritaskan masalah teratasi dan perencanaan lanjutan dihentikan dikarenakan keluarga Ny. A khususnya Ny. S telah mengetahui bagaimana cara menyeimbangkan nutrisi pada An. Z.

Evaluasi umum yang didapatkan berdasarkan implementasi yang telah dilakukan selama 4 kali kunjungan An. Z mengalami penambahan berat badan walaupun berdasarkan kurva WHO berada pada score kurang berat badan per-usia dibawah garis normal yaitu -3,3. (Kurva WHO, 2006), namun setidaknya An. Z mengalami pertambahan berat badan, ini juga pengaruh dimana keluarga telah mengetahui mengenai masalah apa yang terjadi pada An. Z dan telah memberikan makanan sesuai asupan nutrisi yang telah penulis ajarkan.

Dalam pembahsan ini penulis merumuskan hasil asuhan keperawatan yang sudah penulis lakukan serta membandingkannya dengan jurnal dan buku yang sudah penulis rangkum.

Dari hasil asuhan keperawatan ditemukan hasil bahwa keluarga Ny. S keterbatasan pengetahuan mengenai masalah kesehatan yang terjadi pada An. Z

sehingga menyebabkan An. Z mengalami kekurangan nutrisi kurang dari -3,3 berdasarkan kurva WHO pada tahun 2006 sehingga dalam hal ini penulis sebagai perawat memberikan asuhan keperawatan berupa pendidikan kesehatan mengenai pemberian nutrisi seimbang pada anak seusia An. Z.

Secara teori pengertian kesehatan adalah unsur program kesehatan dan kedokteran yang didalamnya terkandung rencana untuk mengubah perilaku perseorangan dan masyarakat dengan tujuan untuk membantu tercapainya program pengobatan, rehabilitasi, pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan (Azwar, 2005).

Metode pendidikan kesehatan yang penulis gunakan yaitu metode pendidikan individual dengan pendekatan kepada pasien dalam hal ini keluarga Ny. S khususnya An. Z, metode ini merupakan metode untuk membina perilaku baru, atau membina individu yang mulai tertarik kepada suatu perubahan atau inovasi dan juga dengan menerapkan media pendidikan kesehatan berupa media visual aids yang berguna dalam menstimulasikan indera penglihatan dalam hal ini penulis menggunakan media berupa leaflet dan praktik secara nyata, menurut Notoatmodjo informasi akan tersimpan sebanyak 20% apabila disampaikan melalui media visual, 50% apabila melalui media audio visual, dan 70% apabila dilaksanakan dalam praktik nyata (Notoatmodjo, 2007).

Setelah dilakukannya pendidikan kesehatan secara audio visual dan secara nyata penulis mendapatkan hasil dimana berat badan An. Z bertambah 1 kg dari yang semula 9,5 kg menjadi 10,5 kg dikarenakan keluarga Ny. S telah mengetahui penyebab dan penyakit yang menimpa An. Z.

4. KESIMPULAN

Keluarga merupakan pusat pelayanan kesehatan secara total, karena jika salah satu anggota keluarga mengalami masalah kesehatan maka akan berpengaruh pada sistem anggota keluarga tersebut, asuhan keperawatan keluarga dilakukan dengan proses pendekatan keperawatan keluarga.

Proses keluarga terdiri atas : pengkajian, perumusan, diagnosis, keperawatan keluarga, perencanaan, melakukan tindakan keperawatan dan menilai

terhadap tindakan keperawatan yang dilakukan (Muhlisin, 2012).

Gizi buruk merupakan keadaan kurang gizi tingkat berat yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein di makanan sehari-hari (Sodikin, 2013).

Setelah penulis melakukan tindakan keperawatan terhadap keluarga Ny. A dan melakukan pengkajian secara teoritis maupun secara tinjauan kasus penulis menyimpulkan bahwa :

1. Penulis melaksanakan pengkajian keperawatan keluarga pada keluarga Ny. A berdasarkan 5 tugas keperawatan keluarga menurut Friedman yaitu mengenal masalah kesehatan keluarga, kemampuan keluarga mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat, kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan prioritas pada keluarga Ny. A, yaitu Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan pada An. Z berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan khususnya gizi kurang.
3. Penulis menyusun rencana keperawatan sesuai diagnosa yang diprioritaskan, kegiatan yang dilakukan oleh penulis terhadap anggota keluarga Ny. A adalah 1) penkes mengenai masalah gizi kurang 2) penkes pembuatan daftar menu bernutrisi seimbang.
4. Melakukan tindakan dengan benar berdasarkan rencana keperawatan sesuai diagnosa prioritas yang telah penulis susun, yaitu : 1) penkes masalah gizi kurang 2) penkes penkes pembuatan daftar menu bernutrisi seimbang.
5. Melakukan evaluasi sesuai rencana dan tindakan yang telah penulis berikan kepada anggota keluarga Ny. A, yaitu : 1) keluarga Ny. A dapat memahami tentang, pengertian kekurangan nutrisi, akibat, tanda dan gejala, faktor yang mempengaruhi, dan cara penanganannya 2) keluarga Ny. A dapat mengenali masalah kesehatan yang terjadi khususnya gizi kurang pada An. Z.

PERSANTUNAN

Alhamdulillah rabbil'alamin penulis haturkan kepada Allah SWT dan shalawat kepada baginda nabi besar Muhammad SAW yang telah memberikan saya kesempatan untuk menulis karya tulis ilmiah ini sehingga dengan saat ini, tak lupa saya ucapkan terimakasih kepada Dosen Pembimbing saya yaitu bapak HM. Abi Muhlisin, SKM., M.Kep.yang dengan penuh sabar dan tekun dalam mendampingi dan membimbing penulis di sela waktu sibuknya dan tak lupa saya ucapkan terimakasih kepada mama, bapak dan adek saya yang berada jauh di pulau Lombok sana yang telah memberikan segala-galanya untuk saya dan juga kepada kakak saya yang berada di Jepang yang menjadi inspirasi saya untuk mengikuti jejaknya sebagai perawat gerontik di Jepang dan tak lupa teman-teman saya yaitu Garry, Bagus, Eryan, Mukep, Wisnu, Wahyu, Arif, Si Mbah, Alfian, Dika, Japrax dan semua teman lainnya yang tak bisa saya ucapkan satu persatu yang telah menemani saya selama menuntut ilmu di Kota Solo.

DAFTAR PUSTAKA

Friedman, M.M. 2010. *Buku Ajar keperawatan : Riset, Teori dan praktik*. Edisi Ke-5. Jakarta: EGC.

Muhlisin, A. 2012. *Keperawatan Keluarga*. Surakarta. Gosyen Publisihing.

Andy.R, Y. 2016. *Nutrisi Sang Buah Hati*. Sleman. Gosyen Publishing.

Marcadante, J.K,dkk. 2014. *Ilmu Kesehatan Anak*. Edisi Ke-6. Diterjemahkan Oleh : Ikatan Dokter Anak Indonesia.

Sodikin. 2013. *Keperawatan Anak Gangguan Pencernaan*. Jakarta. EGC.

Widyanto, F. C. 2014. *Keperawatan Komunitas Dengan Pendekatan Praktis*. Yogyakarta. Nuha Medika.

Wilkinson, J. M. 2012. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan*. Jakarta. EGC

Sediaoetama, A. D. 2010. *Ilmu Gizi*. Jakarta

Barlow,S.E. 2007. *Expert comittee recomendations on the prevention, assessment, and treatment of child* : Summary report. Pediatrics, 120S, S164-S192. doi: 10.1542/peds.2007-2329C.

Azwar, S. 2010. *Program kesehatan dan Kedokteran*. Yogyakarta.Lambung Pustaka

Muttaqin, A. 2011. *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Integumen*. Jakarta. Salemba

Notoatmodjo, S. 2010. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta.

[Http://www.depkes.com/gizi-buruk/249/gizi-pada -anak.html](http://www.depkes.com/gizi-buruk/249/gizi-pada-anak.html). diaskes pada tanggal 5 April 2016.